



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2011-2015

Trabajo Fin de Grado

**Intervención de Enfermería ante el
paciente esquizofrénico**

Alumno: Isabel Martín Marcos

Tutor: D^a Fermina Alonso del Teso

Junio, (2015)

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1 Justificación	5
2.2 Concepto de Esquizofrenia	6
2.3 Epidemiología.....	6
2.4 Etiopatogenia	7
2.5 Clínica	7
2.6 Diagnóstico.....	10
2.7 Esquizofrenia y suicidio	12
2.8 Evolución de la Esquizofrenia	12
2.9 Consecuencias funcionales de la esquizofrenia	14
2.10 Tratamiento.....	14
A. Farmacológico	14
B. Tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC).....	17
C. Tratamiento psicosocial.....	17
3. OBJETIVOS	19
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
5.1 Intervenciones de Enfermería según la fase de la enfermedad	21
5.2 Intervenciones de Enfermería en la familia del paciente	26
6. CONCLUSIONES	30
7. BIBLIOGRAFÍA	31

1. RESUMEN

Introducción: De todas las patologías englobadas dentro de la salud mental, destaca la esquizofrenia por su alta capacidad estigmatizante y por la gran repercusión que crea tanto en el enfermo como en la familia. Su inicio a una edad temprana, la grave sintomatología psicótica así como la conciencia de enfermedad que comienza a tener el paciente a lo largo del curso de la misma, hacen que sea una situación de gran impacto para el enfermo. Además, debido al desconocimiento de su etiopatogenia; el diagnóstico y el tratamiento se hacen más costosos.

El objetivo del presente trabajo es revisar en la literatura científica si existen actuaciones por parte del personal de Enfermería que mejoren el pronóstico de esta enfermedad.

El método utilizado fue la revisión sistemática en las bases de datos Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet y Google académico de documentos científicos, obteniendo un total de 59 referencias bibliográficas.

Los resultados obtenidos se basan en el conjunto de intervenciones que el personal sanitario perteneciente a la Enfermería, aplica al paciente esquizofrénico según la fase en la que se encuentre de la enfermedad así como las intervenciones proporcionadas a sus familiares.

Como conclusiones se puede afirmar que una correcta actuación sobre el paciente mejora considerablemente el curso y el pronóstico de la esquizofrenia. Por tanto, el personal de Enfermería debe conocer una serie de actividades (conocimientos de la patología psiquiátrica y de su medicación, estadios de la enfermedad, sintomatología y objetivos a cumplir en cada fase) para un manejo adecuado de la enfermedad.

Palabras clave: Esquizofrenia, Actuación enfermería esquizofrenia, Intervención paciente esquizofrénico, Manejo paciente esquizofrénico.

ABSTRACT:

Introduction: of all the pathologies encompassed within mental health, schizophrenia stands out for its high stigmatizing capacity and its creation of a great impact on both the patient and the family. Its start at an early age, its severe psychotic symptoms and disease awareness that the patient begins to have throughout the course of the disease, makes it a disease of great impact for the patient. In addition, due to ignorance of its etiology; diagnosis and treatment become more difficult.

The aim of this project is to review the scientific literature to see if there are possible actions for the nursing staff to improve the prognosis of this disease.

The method used was the systematic review in PubMed, Medline, Scielo, Dialnet, Google Scholar of scientific papers, getting a total of 59 citations.

The results are based on the set of interventions that the medical staff pertaining to Nursing applied to schizophrenic patients according to the stage of the disease that they are in and the interventions provided to their families.

In conclusion we can say that appropriate action on the patient significantly improves the course and outcome of schizophrenia. Therefore, the nursing staff must know a series of activities (knowledge of psychiatric illnesses and their medications, stages of disease, symptoms and objectives to fulfill in each phase) for the proper management of the disease.

Key words: Schizophrenia, nursing schizophrenia performance, nursing schizophrenia patient intervention, schizophrenic patient management

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Justificación

Los trastornos mentales van ligados a la creación del ser humano. Ya en la Antigua Mesopotamia aparecen textos médicos sobre la aparición de las patologías psiquiátricas, considerándolas debido a su desconocimiento, como sucesos sobrenaturales y castigos divinos. A lo largo de los años se han ido clasificando, su clínica y terapéutica se ha forjado mediante un minucioso estudio. ⁽¹⁾

La esquizofrenia (del griego clásico “mente partida”) es un “*diagnóstico psiquiátrico que se usa para personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizado a menudo por conductas que resultan anómalas para la comunidad, y falta de percepción de la realidad, alteraciones en la percepción o en la expresión de la alteración de la realidad*” (David Chant et al. 2005).

El concepto de esquizofrenia se remonta a 1911 mediante el psiquiatra suizo Bleuler, quien la definió como «*grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y a veces está marcado por ataques intermitentes y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa pero que no permite una completa «restitutio ad integrum»*». (Bleuler, 1911), siendo este trastorno ya detectado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1886, mediante el nombre de “demencia precoz”. ⁽²⁾

A día de hoy y a pesar del avance científico, las enfermedades mentales siguen siendo esas grandes desconocidas, habiendo aumentado su incidencia. Lo que sí sabemos, es que hay una posibilidad, por remota que sea, de rehabilitación para este tipo de pacientes y es aquí donde entra el papel de la Enfermera. ⁽³⁾

El presente trabajo va dirigido al personal de Enfermería, al que se pretende aportar unos conocimientos sobre las pautas de actuación ante un paciente esquizofrénico, con el objeto de dar a conocer a esta parte del sector sanitario las características por las que se rigen este tipo de pacientes y poder solventar

cualquier situación, así como a partir de una correcta praxis enfermera poder llegar a potenciar su rehabilitación.

2.2 Concepto de Esquizofrenia

Según la OMS:

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo.

La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios. En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. La esquizofrenia es tratable: la farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces. ⁽⁴⁾

2.3 Epidemiología

La esquizofrenia es una enfermedad crónica cuya prevalencia es del 0,4 al 0,6% ⁽⁵⁾. La OMS afirma que se encuentra distribuida por toda la población, indistintamente de la región, sociedad o etnia ⁽⁶⁾. Según sus estudios existen entre 24 y 25 millones de personas con esquizofrenia. Esta enfermedad se asocia a tasas elevadas de morbilidad y aumento de la mortalidad entre dos y tres veces más en comparación con la población general y se debe principalmente a factores como suicidio, enfermedades cardiovasculares y trastornos metabólicos. ⁽⁷⁾

Afecta por igual a hombres y a mujeres aunque hay diferencias en cuanto a la edad de inicio y al curso de la enfermedad. Los varones cursan con más sintomatología negativa y la duración de la enfermedad es mayor. ⁽⁸⁾ Respecto

a las diferencias en la edad de inicio se observa que en los varones se desarrolla entre los 18 y 25 años mientras que en mujeres la cifra es de 25 a 35 años con otra posibilidad de inicio coincidiendo con la posmenopausia. ⁽⁹⁾

2.4 Etiopatogenia

Actualmente la fisiopatogenia de esta enfermedad es desconocida ⁽¹⁰⁾ , sin embargo, se conoce que es multifactorial y que la hipótesis explicativa fundamental es la hipótesis genética. ⁽¹¹⁾

A continuación se examinan los principales factores de riesgo de la esquizofrenia:

1. **Antecedentes familiares:** la probabilidad de padecer esta enfermedad aumenta en 10-15 % si uno de los padres la padece y en 7-8% si uno de los hermanos es esquizofrénico; aumentando aún más el riesgo en el caso que múltiples miembros de la familia sean afectados.
2. **Complicaciones obstétricas:** los estudios de seguimiento de cohortes han mostrado un incremento del riesgo relativo de esta enfermedad para complicaciones obstétricas como: hipoxia fetal crónica, bajo peso materno, incompatibilidad Rh y peso al nacer menor de 2.500 mg.
3. **Factores ambientales:** deficiencias nutricionales de la madre durante el primer trimestre, estrés intenso durante el embarazo debido a la muerte del esposo e infecciones virales durante el desarrollo fetal. ⁽¹²⁾

2.5 Clínica

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en tres categorías principales: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas cognitivos.

Síntomas positivos

Se definen como comportamientos psicóticos en los que la persona pierde el contacto con la realidad. ⁽¹³⁾

Los síntomas positivos incluyen:

Las alucinaciones son cosas que una persona puede ver, escuchar, oler o sentir pero que en realidad no están ahí. Las "voces" o alucinaciones auditivas son las más frecuentes (de forma que parece que les están observando, hablando sobre ellos u ordenándoles hacer algo). Muchas veces las voces hablan entre sí. ⁽¹³⁾ Otros tipos de alucinaciones son: táctiles o cenestésicas, olfativas, gustativas y visuales. ⁽¹⁴⁾

Los delirios son creencias falsas e irracionales que para el enfermo son absolutamente ciertas y se mantienen a pesar de que otra persona le demuestre que el delirio es ilógico. Destacan los “delirios de persecución y paranoides” en los que el esquizofrénico piensa que hay personas que le vigilan, confabulan contra él e intentan hacerle daño: “en casa me espían con cámaras, cuando voy por la calle noto que alguien me sigue...”. Otros tipos de delirio son: de grandeza (el paciente cree que tiene superpoderes), de referencia (el paciente piensa que todo el mundo habla de él), somáticos (el paciente experimenta sensaciones extrañas en partes de su cuerpo), erotomaníacos (cuando el propio paciente cree que es el objeto de enamoramiento de otra persona) y celotípicos (el paciente sospecha que su pareja sentimental le está engañando). ^(13, 14)

Los trastornos del pensamiento son maneras inusuales o disfuncionales de pensar. Destaca el pensamiento desorganizado, en el que la persona enlaza sus pensamientos de forma incoherente e ilógica por lo que la comunicación en estos casos es difícil. El bloqueo del pensamiento se describe como la interrupción del pensamiento de forma brusca, de forma que el paciente no se acuerda de lo que iba a decir cuando se le pregunta. ⁽¹³⁾

Los trastornos del movimiento se pueden manifestar bien como movimientos agitados del cuerpo o como una catatonia (estado en el que una persona no se mueve ni se relaciona con el resto). Una persona con este tipo de trastorno puede repetir ciertos movimientos una y otra vez sin ningún fin. ⁽¹³⁾

Síntomas negativos

Los síntomas negativos se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que son similares a los de la depresión u otras condiciones. Dentro de estos síntomas se encuentran: ⁽¹³⁾

1. Afecto atenuado : es la severa reducción de la intensidad en la expresión de las emociones
2. Falta de expresión
3. Habla breve carente de contenido
4. Poco placer o interés por la vida
5. Falta de motivación o energía
6. Falta de atención a la higiene personal ^(13,15)

Las personas que tienen síntomas negativos necesitan ayuda con las tareas diarias. La mayoría de las veces descuidan la higiene personal básica. Esto puede hacerlas parecer personas perezosas o personas que no quieren salir adelante, pero en realidad son los síntomas de la esquizofrenia. ⁽¹³⁾

Síntomas cognitivos

Los síntomas cognitivos son independientes de los síntomas negativos. Con frecuencia, sólo se detectan cuando se realizan pruebas por otras razones. Estos síntomas son los siguientes ⁽¹³⁾:

- Deficiencias en el funcionamiento ejecutivo (habilidad para comprender información y utilizarla para tomar decisiones)

- Problemas para concentrarse o atención sostenida deficitaria
- Problemas con la "memoria de trabajo" (habilidad para utilizar información inmediatamente después de haberla aprendido) ⁽¹⁶⁾

Por lo general, los síntomas cognitivos hacen que sea difícil llevar una vida normal ya que afectan al funcionamiento social y a la capacidad de vivir independientemente. ⁽¹³⁾

2.6 Diagnóstico

La base del diagnóstico se centra en la entrevista clínica con el paciente y sus familiares. ⁽¹⁷⁾

En todo paciente debe realizarse un estudio diagnóstico inicial completo que incluya:

- Historia clínica psiquiátrica y médica general.
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar.
- Examen del estado mental.
- Evaluación física que incluya una exploración neurológica.
- Diagnóstico diferencial: Se realizan exploraciones complementarias para descartar trastornos que sean similares a la esquizofrenia. También se debe determinar la presencia de trastornos asociados, así como pautar una medicación antipsicótica. Es importante determinar si el episodio psicótico fue causa del alcohol y otras drogas ya que en estos casos los pacientes deben recibir un tratamiento específico. El riesgo de autolesiones o de causar daños a terceros y la presencia de alucinaciones deben ser evaluadas y deben tomarse las precauciones apropiadas siempre que esté en duda la seguridad del paciente o de otras personas. ⁽¹⁸⁾

Para el diagnóstico de los trastornos mentales en nuestro medio, se utilizan tanto el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V) vigente desde el 2013, como la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión de los Trastornos mentales y del comportamiento (The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders). ⁽¹⁹⁾

Los **criterios diagnósticos del DSM V** son los siguientes:

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2), o (3):

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Discurso desorganizado (ej. disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.

C. Los signos continuos del trastorno persisten un mínimo de seis meses.

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. Una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico

adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).⁽²⁰⁾

2.7 Esquizofrenia y suicidio

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia. En comparación con la población general, la probabilidad de que las personas con esquizofrenia mueran por suicidio es nueve veces más elevada. Hasta el 30% de los pacientes con esquizofrenia lleva a cabo alguna tentativa de suicidio y entre el 4 y el 10% muere tras la tentativa.⁽¹⁸⁾

Los factores de riesgo son: sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo, un alto nivel de funcionamiento premórbido y el consumo de sustancias asociadas.⁽²¹⁾

Los familiares deben conocer esta posibilidad. Incluso con la mejor de las asistencias posibles, una parte de los pacientes con esquizofrenia es probable que fallezca por suicidio.⁽¹⁸⁾

2.8 Evolución de la Esquizofrenia

El inicio de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia (e incluso en la infancia) o al inicio de la edad adulta. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios.⁽²²⁾

La aparición del primer episodio puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de sujetos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por el desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida de intereses en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y

cuidado personal, enfado e irritabilidad) tras los cuales puede aparecer un síntoma característico de la fase activa que define el trastorno como esquizofrenia. Este periodo puede durar entre varios días y unas semanas y en ocasiones puede persistir durante varios meses. ⁽²³⁾

En esta enfermedad se encuentran distintas fases, que debido a sus características se dividen en:

- ❖ **Fase aguda.** Esta fase se caracteriza por la aparición de síntomas psicóticos graves (delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado y descuido personal). Los síntomas negativos también son más intensos. Hay que prestar especial atención a los pacientes en esta fase ya que hay un alto riesgo de suicidio. Se debe iniciar el tratamiento farmacológico. ^(18, 23)
- ❖ **Fase de estabilización.** Los síntomas psicóticos agudos disminuyen su intensidad en esta fase. La duración es de 6 meses o más después del inicio de un episodio agudo ⁽²³⁾. No se recomienda retirar el tratamiento farmacológico de forma brusca debido a la posibilidad de recidivas. ⁽¹⁸⁾
- ❖ **Fase estable o de mantenimiento.** En esta fase los pacientes pueden estar asintomáticos, o en el caso de que tengan síntomas éstos no son tan graves como en la fase aguda (ej. ansiedad, depresión e insomnio) ⁽²³⁾. Si un paciente que se encuentra en esta fase presenta una recidiva, previamente se produce un periodo prodrómico caracterizado por síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. ⁽¹⁸⁾

La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable: en algunos pacientes no aparecen nuevos episodios, pero la mayoría presentan remisiones, y un pequeño colectivo presenta un estado psicótico grave crónico. El restablecimiento de la función normal no es frecuente en esta enfermedad, pero es importante la detección y la instauración de un tratamiento de forma precoz para evitar un peor pronóstico. ⁽¹⁸⁾

2.9 Consecuencias funcionales de la esquizofrenia

La esquizofrenia se asocia a una disfunción social y laboral significativa. Los progresos académicos y la conservación de un empleo a menudo se ven dificultados por la abulia u otras manifestaciones del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para realizar las tareas requeridas. La mayoría de los sujetos se caracterizan por una disminución en las relaciones interpersonales, fracaso laboral e imposibilidad de llevar una vida autónoma. ⁽²⁰⁾

2.10 Tratamiento

A. Farmacológico

“No hay manera de predecir qué medicación beneficiará a quién” - E.Fuller Torrey

Los fármacos utilizados para tratar la esquizofrenia son los antipsicóticos o neurolépticos. El perfil farmacológico de los antipsicóticos parece tener una gran trascendencia clínica, de ahí que los profesionales opten por cambiar de un fármaco a otro, «buscando la eficacia donde otro falla». Recientes estudios sustentan la teoría de que los antipsicóticos podrían modificar el curso deteriorante de la esquizofrenia, teniendo en cuenta que los síntomas psicóticos sobre todo cuanto mayor es su duración, su debut y el período de tiempo sin recibir tratamiento, se asocian a un peor pronóstico, y a un curso progresivamente más deteriorante. ⁽²⁴⁾

Todos los antipsicóticos tienen un mecanismo de acción común (aunque no único): el efecto antidopaminérgico. Las diferencias entre ellos se deben a su afinidad por los distintos receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos y por otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos. ⁽²⁵⁾

Antipsicóticos de primera generación (o convencionales):

La mayor parte de ellos son útiles en el tratamiento del brote psicótico agudo. Su mecanismo de acción común se basa en el bloqueo postsináptico de los receptores dopaminérgicos D₂, lo que justifica su utilidad en el tratamiento de los síntomas positivos de la enfermedad. Destaca el haloperidol (neuroléptico de alta potencia prototípico junto con la clorpromazina).

Sus efectos adversos son tan frecuentes y conspicuos que constituyen una de las causas de abandono del tratamiento. Entre estos efectos se incluyen los siguientes: parkinsonismo, distonía aguda, discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno, efecto en la temperatura corporal y efectos vegetativos.

(26)

Antipsicóticos de segunda generación (o atípicos):

A finales de los años 80 el abordaje farmacológico de la esquizofrenia pareció cobrar un nuevo rumbo con la reintroducción de la clozapina en Europa para el tratamiento de la esquizofrenia resistente a los neurolépticos convencionales. A partir de entonces, se han desarrollado diversos fármacos antipsicóticos en un intento de imitar a la clozapina en cuanto a sus propiedades farmacológicas y terapéuticas: risperidona, quetiapina, olanzapina, amisulpride, ziprasidona, etc...

En cuanto a su mecanismo de acción, son antagonistas o producen el bloqueo no sólo de receptores para la dopamina (sobre todo el tipo D₂), sino también de distintos receptores de la serotonina incluso con mayor afinidad (tipo 5HT-2).

Como ventaja destaca su menor incidencia para causar efectos adversos en comparación con los neurolépticos convencionales, lo cual ha promovido su uso como agentes terapéuticos de primera línea para el tratamiento de la esquizofrenia. Por último, otros especialistas señalan su pretendida mayor eficacia para tratar los síntomas negativos de la esquizofrenia en comparación con los neurolépticos convencionales (Davis, Chen y Glick, 2003).⁽²⁷⁾

La gran desventaja del uso de antipsicóticos como se ha citado anteriormente, son los efectos adversos que éstos causan. Cabe destacar también los siguientes:

- Alargamiento del intervalo QT (asociado a arritmias ventriculares) y otras enfermedades cardiovasculares.
- Aumento de peso (que es 5 veces mayor en las mujeres).
- Diabetes mellitus
- Hipertensión
- Dislipemia
- Hiperprolactinemia ⁽²⁸⁾
- SNC: Acatisia, convulsiones y sedación ⁽²⁹⁾

Dichos efectos secundarios son la causa del abandono del tratamiento de muchos pacientes. El impacto del **incumplimiento terapéutico** en la evolución de los esquizofrénicos es muy importante ya que aumenta el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios más frecuentes, aumenta el riesgo de suicidio, incrementa los costes sanitarios, disminuye la calidad de vida y repercute claramente en las familias y cuidadores. Enfermería ha sido siempre sensible a la problemática de la adherencia al tratamiento y ha realizado algunas propuestas de intervención, sin embargo no existe ningún planteamiento de intervención consensuado. ⁽³⁰⁾

La relación paciente/enfermera compone un sistema interpersonal muy importante en el tratamiento de la enfermedad y en la **adherencia al tratamiento**. Diversas experiencias aseguran que, cuando esta relación es óptima, los pacientes adoptan una actitud diferente ante los tratamientos terapéuticos. Por lo tanto, este es un factor importante que normalmente no es tenido demasiado en cuenta a menudo en la evaluación del cuidado ⁽³¹⁾. Además, varios estudios refieren que los pacientes que reciben

psicoeducación, aumentaban las probabilidades de mantener el tratamiento frente a aquellos que no la recibían. ⁽³¹⁾

Otros aspectos que deben considerarse son: la negación de la enfermedad, la dificultad para comprender el tratamiento por analfabetismo, las deficiencias sensoriales, la desconfianza en el tratamiento y en los profesionales implicados, las creencias, la personalidad del paciente, la necesidad de dependencia y la capacidad de soportar la ansiedad que genera el propio tratamiento. ⁽³¹⁾

B. Tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC)

La TEC comprende la inducción de una crisis convulsiva con fines terapéuticos mediante la administración de estímulos eléctricos de frecuencia variable al cerebro a través de electrodos colocados directamente en el cuero cabelludo. ⁽³²⁾

El uso de la TEC, para el tratamiento de la esquizofrenia está restringido a pocos casos. Se utiliza para potenciar los efectos de los medicamentos antipsicóticos. Se ha demostrado que la inducción de convulsiones mediante TEC incrementa los efectos terapéuticos de la clozapina en pacientes psicóticos previamente resistentes al fármaco. La TEC genera una acción convulsiva, que hace que se expandan los espacios de la barrera hematocefálica, y permite el paso de las moléculas del fármaco más fácilmente. ⁽³³⁾

C. Tratamiento psicosocial

El tratamiento psicosocial es una herramienta para lograr la rehabilitación del paciente. Sin embargo, según los resultados de las investigaciones, se certifica la efectividad de este tratamiento sólo si se emplea de forma conjunta con la medicación antipsicótica ^(33,34). Dentro del tratamiento psicosocial en la esquizofrenia destacan las siguientes intervenciones:

- **Terapia familiar conductual:** Esta terapia va dirigida a mejorar la comunicación entre los miembros de la familia y a potenciar las habilidades de solución de problemas ⁽³⁵⁾. Es en la década de los años

80 cuando se empieza a considerar a la familia como unidad básica de salud incorporada a estos programas. ⁽³⁶⁾

- **Entrenamiento en habilidades sociales:** Una de las características de la esquizofrenia es el déficit del funcionamiento social. Las habilidades que se pueden presentar deficitarias y que por lo tanto se entrenan son las siguientes: habilidades básicas de conversación, habilidades intermedias de comunicación, declaraciones positivas, declaraciones negativas, solución de conflictos, manejo de medicación, relaciones de amistad y compromiso, solución de problemas y habilidades laborales ⁽³⁴⁾
- **Tratamientos cognitivo-conductuales para los delirios y las alucinaciones:** Entender las creencias previas del paciente puede servir para descubrir la formación y el contenido del delirio. Se debe evitar la confrontación directa ya que produce un efecto contrario al deseado, por lo tanto se debe actuar con delicadeza al cuestionar los indicios que sostienen la idea delirante. En cuanto a las alucinaciones, el patrón de actuación es similar enseñándole al paciente cómo precipitar, disminuir o terminar con las voces. Se emplean actividades que atenúan estos síntomas como escuchar música, iniciar con él una conversación, etc. ⁽³⁵⁾

Los objetivos, por tanto, del tratamiento psicosocial son: adaptación del paciente a las experiencias psicóticas, disminución de síntomas psicóticos residuales, evitar recaídas, adhesión al tratamiento, fomentar las relaciones interpersonales, adquisición de habilidades necesarias para la vida diaria independiente y la reducción del estrés que produce la nueva situación en la familia. ⁽³⁴⁾

3. OBJETIVOS

Generales:

- Realizar una revisión bibliográfica para conocer qué es la esquizofrenia y qué actuaciones de Enfermería se deben llevar a cabo ante un paciente esquizofrénico.

Específicos:

- Identificar las características que tienen en común los pacientes con Esquizofrenia.
- Dar a conocer al sector sanitario perteneciente a la Enfermería los tipos de tratamientos existentes ante la Esquizofrenia.
- Explicar al personal de Enfermería qué actividades y cuidados deben brindar al enfermo según la fase de la enfermedad en la que se encuentre, así como a sus familiares.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo se ha realizado mediante una revisión sistemática basada en la búsqueda bibliográfica para la cual se han utilizado las siguientes bases de datos:

- PubMed
- SCielo
- Medline
- Dialnet
- Google académico

La pregunta PICO (Paciente, Intervención, Comparación y Resultados) que se estructuró fue la siguiente, *¿Qué actuaciones de enfermería hay para un paciente esquizofrénico?*

Las palabras clave empleadas para realizar la búsqueda fueron “esquizofrenia”, “intervención enfermería esquizofrenia”, “manejo paciente esquizofrénico”, “actuación enfermería esquizofrenia”, combinadas con los operadores booleanos AND y OR.

Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre las actuaciones que existen por parte de Enfermería para los pacientes con esquizofrenia, así como datos epidemiológicos y posibles tratamientos. Se escogieron tanto artículos de revistas, como publicaciones de Universidades, Tesis Doctorales, Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y libros.

Los criterios de inclusión fueron: selección de datos científicos tanto en español como en inglés, desde Diciembre de 2015 a Mayo de 2015. Se utilizaron un total de 59 documentos. Como criterios de exclusión, se descartó la documentación que no estuviese relacionada directamente con el tema del trabajo. Se realizó una lectura crítica para finalmente desarrollar unas conclusiones.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La recuperación del paciente esquizofrénico se puede llevar a cabo mediante intervenciones rehabilitadoras que desarrollan los profesionales de Enfermería. La magnitud y complejidad de esta enfermedad requiere que la enfermera incluya en el plan terapéutico individual estrategias de rehabilitación psicosocial que vayan dirigidas tanto al paciente como a sus familiares, con un abordaje individual y/o grupal. ⁽³⁷⁾

A continuación se exponen las intervenciones de Enfermería que, según la literatura científica, son eficaces ante un paciente con esquizofrenia. Su clasificación se divide en:

1. *Intervenciones según las fases de la enfermedad:* primer episodio, fase aguda, fase de estabilización y fase estable.
2. *Intervenciones de enfermería en la familia del paciente*

5.1 Intervenciones de Enfermería según la fase de la enfermedad

El pronóstico de la enfermedad no es tan pesimista como el imaginario colectivo valora ⁽³⁸⁾. Según los autores se considera efectivo aplicar un tratamiento en cada fase de la enfermedad. Esta forma de actuación constituye un modelo de diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia completo, a pesar de que no siempre quedan claramente definidos los límites entre los estadios en relación con la sintomatología. ⁽³⁹⁾

Se procede a describir las distintas actuaciones de acuerdo al estadio de la enfermedad:

Primer episodio

Objetivos

- Valorar las necesidades del paciente y la familia.

- Intervenir precozmente con el paciente y la familia.
- Alianza terapéutica con el fin de lograr una adherencia al tratamiento tanto con el paciente como con la familia. ⁽¹⁸⁾

Recomendaciones

Tras la eclosión de un primer episodio psicótico de espectro esquizofrénico, la persona va a experimentar una serie de procesos complejos donde la gestión emocional y la motivación van a configurar el pilar del afrontamiento de la persona. Obviamente el tratamiento emocional y el acompañamiento están en la base, y entran en juego en la intervención motivacional. ⁽³⁹⁾

Cuando el paciente experimenta el primer episodio, sería de gran ayuda realizar una entrevista tanto con él como con la familia. La actitud debe ser empática y no crítica, no ser impacientes y realizar la entrevista con preguntas y explicaciones breves, de fácil comprensión. Se debe aconsejar al paciente un tratamiento farmacológico, informándole de los beneficios que supondrá para él, ya que calmará su ansiedad y le hará encontrarse mejor. ⁽⁴⁰⁾

Con dicha entrevista observaremos el grado de conocimientos que tienen el paciente y la familia sobre la enfermedad, la alteración del estado mental, y el estrés que genera en la familia la nueva situación. ⁽¹⁸⁾

Fase aguda

Objetivos

- Apoyar al paciente y la familia con el fin de abordar las crisis e intervenir sobre el impacto de esta situación sobre la familia.
- Reducir la sobre-estimulación (si fuera el caso).
- Reforzar el contacto con la realidad del paciente. ⁽¹⁸⁾

Recomendaciones

En el manejo del paciente con síntomas psicóticos agudos es importante no caer en la confrontación directa, tranquilizar al paciente, establecer una relación de confianza y orientarle en la realidad.

Dado que en esta fase predominan síntomas positivos como alucinaciones y delirios se aconseja:

- Orientar al paciente en la realidad. Hacerle ver que comprendemos que para él lo que experimenta es real, pero sugerirle que quizás haya otra explicación. Animarle a que exprese al personal de Enfermería en qué momentos se siente interferido por estos síntomas ya que así se podrán disminuir los estímulos del entorno para interrumpir el patrón de alucinaciones o delirios. Nunca se debe reforzar al paciente asegurando que sus alucinaciones son reales. ⁽⁴¹⁾
- Supervisar al paciente para evitar que se dañe a sí mismo o a los demás. En caso de conducta agresiva se debe actuar con firmeza: la primera opción es la intervención verbal, actuar de manera tranquila y no amenazante (por ej. animarle a que tome la medicación voluntariamente). Si el paciente no responde, se aplicará contención mecánica (prescrita por el médico) o se administrará la medicación farmacológica indicada. ⁽⁴²⁾
- Fomentar una relación de confianza: ayudar al paciente a expresar sus sentimientos, ya sean de culpa, vergüenza, temor y/o ansiedad. Aliviar dichas conductas encontrando situaciones que disminuyan su ansiedad, no juzgándole y brindándole apoyo para aceptar su situación. ^{(41,42)si}
- Prestar especial atención al enfermo en esta fase por su elevado potencial suicida. ⁽¹⁸⁾

Fase de estabilización

Objetivos

- Prevenir recaídas.
- Promover la conciencia de enfermedad.
- Fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Reducir síntomas. ⁽¹⁸⁾

Recomendaciones

El enfermo comienza a percatarse de su enfermedad y a tener conciencia de ella. Se deben realizar actuaciones de reducción y manejo del estrés y la angustia que esta situación genera ⁽¹⁸⁾. El objetivo fundamental es prestar el apoyo necesario al paciente para evitar recaídas.

La causa más frecuente de recidiva es la falta de cumplimiento terapéutico, y dado que en esta fase el abandono del tratamiento es sinónimo de mal pronóstico, a continuación se describen estrategias de manejo para fomentar la adhesión al tratamiento: ⁽⁴³⁾

- Mejorar el conocimiento por parte del personal sanitario de los psicofármacos empleados para disminuir los errores clínicos.
- Evaluar y detectar los factores de riesgo responsables del abandono del tratamiento.
- Crear una relación terapéutica enfermera-paciente basada en la confianza.
- Animar a la familia a que tome una actitud activa en el tratamiento del paciente.
- Evitar suspender la medicación de forma brusca, siempre debe ser progresivamente, aunque el paciente refiera que se encuentra bien. Se recomienda explicar al paciente que las formas *depot* son las ideales en esta fase. ^(44,45)

Los estudios referentes a la adherencia al tratamiento ^(24, 43, 44, 46, 47, 48) afirman que: el porcentaje de esquizofrénicos que incumplen el tratamiento es del 70-80% ⁽⁴⁷⁾, es necesaria la intervención de enfermería en el abandono terapéutico ⁽³⁰⁾, la falta de adherencia es un problema grave debido al aumento de recaídas y al mal pronóstico de la enfermedad, se recomienda medicación inyectable o formas *depot* para estos casos y; la mejor forma de intervenir ante el abandono del tratamiento es la psicoeducación ⁽⁴⁸⁾ y el fomento de la buena relación enfermera-paciente. ^(46,47)

Fase estable

Objetivos

- Mantener la remisión.
- Promover la recuperación de actividades normalizadas (que el paciente haya abandonado o nuevas).
- Ayudar al paciente a reinsertarse social y laboralmente.
- Vigilar los efectos adversos de la medicación. ⁽¹⁸⁾

Recomendaciones

En esta fase se debe seguir insistiendo en evitar las recaídas, ya que con ellas cada recuperación es más lenta y disminuyen la calidad de vida y la funcionalidad del paciente. Se debe concienciar al paciente para que continúe con la medicación antipsicótica ⁽¹⁴⁾. Los expertos recomiendan intervenciones psicosociales centradas en evitar el consumo de drogas, rehabilitación ocupacional y laboral así como el seguimiento del paciente de forma ambulatoria ⁽⁴³⁾. En cuanto al fomento de la reinserción se entrenará al paciente en habilidades sociales. ⁽⁴⁹⁾

En las intervenciones citadas anteriormente, se combina el tratamiento farmacológico con el psicosocial. Según la literatura científica los antipsicóticos

favorecen al paciente al interferir con el avance de la enfermedad, aunque sería conveniente realizar estudios futuros para desarrollar nuevos fármacos con menos riesgo asociado ⁽²⁴⁾. Respecto a la terapia psicosocial los autores están de acuerdo en que: las terapias psicológicas van a estar estandarizadas en un futuro ⁽⁵⁰⁾, hay evidencia científica de la eficacia de esta terapia ⁽⁵¹⁾, la intervención psicosocial disminuye la duración de los ingresos y aumenta la calidad de vida y las relaciones interpersonales ⁽⁵¹⁾, y que con la psicoeducación del paciente se obtienen buenos resultados. ⁽⁵²⁾

Además, numerosos estudios concuerdan en que el tratamiento combinado (psicosocial y farmacológico) es el más efectivo ^(41, 50, 52, 53, 54), y sustentan que:

- El tratamiento necesario es el tratamiento combinado, y uno de los mayores errores es que no siempre se aplica en la práctica. ⁽⁵³⁾
- La combinación de los tratamientos demostró ser más efectiva que el uso exclusivo de fármacos, por lo que se recomienda esta modalidad. ⁽⁵⁴⁾
- A pesar de que este tratamiento es el más efectivo, el tratamiento de primera elección frente a la esquizofrenia es el farmacológico. ⁽⁴¹⁾

5.2 Intervenciones de Enfermería en la familia del paciente:

Se entiende por intervención familiar las sesiones realizadas con el paciente y su familia. La intervención incluye psicoeducación para el paciente y la familia, detección de síntomas de alerta e intervención en crisis, comunicación y resolución de problemas. ⁽¹⁸⁾

El cuidado que ofrezca la familia es siempre fundamental. La aparición de un episodio psicótico es un hecho desconocido e incomprensible para la familia. Prestar cuidados enfermeros incluye educar a la familia para que aprendan a satisfacer las necesidades de autocuidado. Según Dorotea Orem *"Para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar o puede y debería*

aprender a realizar aquellas medidas requeridas de autocuidado terapéutico orientadas externa o internamente, pero no puede hacerlas sin asistencia".

En definitiva, con la psicoeducación podemos crear un espacio en el que los familiares de los pacientes psicóticos tengan la oportunidad de participar en el proceso terapéutico, colaborando con el equipo asistencial a través de la información que nos pueden ofrecer, al tiempo que reciben un apoyo que les permita rebajar el nivel de tensión en sus hogares y les permita también facilitar un mayor desenvolvimiento del paciente en la vida cotidiana. Para evitar la sobrecarga del cuidador se recomienda que cada miembro cumpla un rol en el cuidado del paciente. ⁽⁵⁵⁾

Los objetivos de la Intervención Familiar, siguiendo el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid (2009, p. 89), son los siguientes: construir una alianza con los familiares, proporcionar información sobre el trastorno, orientar sobre los problemas de conducta y conflictos relacionales, asesorar en la gestión del estrés familiar, reducir la atmósfera familiar adversa, mejorar la comunicación familiar, potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas, reducir las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia, mantener unas expectativas razonables para el funcionamiento del paciente, ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados, conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias. ⁽⁵⁶⁾

Entre las labores de cuidado que desempeña la familia, se encuentran las siguientes:

- Aseo personal: recordar o ayudar a mantener su aseo personal.
- Medicación: insistir, recordar, animar o presionar a la persona para que tome la medicación o dar personalmente.
- Alimentación: recordar, insistir o ayudar en la alimentación diaria.

- Tareas del hogar: recordar, insistir o presionar para realizar sus tareas de la casa o prestarle ayuda.
- Medios de transporte: ayudar o acompañar a movilizarse.
- Asistencia a consultas: recordar, insistir y acompañar a las consultas médicas.
- Conductas alteradas: intervenir para prevenir, evitar o solucionar las consecuencias de estos comportamientos.
- Heteroagresividad: intervenir para prevenir o solucionar las consecuencias de los comportamientos agresivos
- Autoagresividad: intervenir para prevenir o cortar ideas de suicidio o autoagresión. ⁽⁵⁵⁾

Recomendaciones:

Las intervenciones familiares deben formar parte del tratamiento básico del paciente, ya que evitan recaídas, hospitalizaciones, mejoran el pronóstico y la calidad de vida de sus miembros. Van dirigidas a las familias que viven o están en estrecho contacto con el paciente y se deben ofrecer siempre en primeros episodios; también a pacientes que han recaído recientemente o que están en riesgo de recaída y a las familias de los que tienen síntomas persistentes. ⁽¹⁸⁾

Los estudios analizados sobre las Intervenciones Familiares obtuvieron resultados positivos en cuanto a su eficacia ^(18, 57, 48, 58, 59).

- Estas intervenciones disminuyen el riesgo de hospitalización además de aumentar el funcionamiento social y mejorar el estado clínico del paciente ^(57,58). Se recomienda la creación de nuevos estudios para conseguir su implantación. ⁽⁵⁷⁾

- La esquizofrenia es una de las indicaciones frecuentes de la terapia familiar debido a su demostrada efectividad. ⁽⁵⁹⁾

Para concluir, la esquizofrenia es esa gran desconocida dentro de los trastornos psiquiátricos. Aunque no se conoce con exactitud su etiopatogenia ⁽¹⁰⁾, los autores están de acuerdo en que una intervención precoz así como el saber actuar correctamente consigue minimizar el desarrollo de la enfermedad, y aquí es donde entra en juego la Enfermería. Debemos pensar con optimismo al conocer que está demostrado científicamente que la recuperación funcional es viable.

Las investigaciones futuras deben centrarse en la implantación de forma protocolizada de intervenciones con evidencia clínica y en la búsqueda de nuevos modelos de fármacos neurolépticos carentes de efectos asociados.

6. CONCLUSIONES

- La esquizofrenia es una enfermedad invalidante, sin embargo, mediante unas correctas actuaciones sobre el paciente se puede conseguir una mejor calidad de vida así como un mejor pronóstico.
- La Enfermería juega un papel crucial en el desarrollo del curso del paciente. Las intervenciones que realiza la enfermera ayudan a alcanzar una recuperación de la funcionalidad y a evitar un mal pronóstico de la enfermedad.
- Las intervenciones de Enfermería también deben dirigirse a la familia del paciente, ya que la implicación de éstos en el proceso terapéutico fomenta la rehabilitación del enfermo.
- El tratamiento más eficaz para los pacientes con esquizofrenia es la combinación del farmacológico, el psicosocial y la implicación de la familia.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ackerknecht, Erwin H. Breve historia de la psiquiatría. [libro en Internet] Vol. 2. Universitat de València; 1993 [acceso 15 de Diciembre 2015]:15. Disponible en: https://books.google.es/books?id=EghLAKWHVdIC&dq=historia+enfermedades+psiquiatricas&lr=&hl=es&source=gbp_navlinks_s
2. De redacción, Consejo. Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet]. 1996; [acceso 15 Diciembre 2015]16 (60): 565-662. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000100005&script=sci_arttext
3. Llané-Llopis, E. La eficacia de la Promoción de la salud mental y la Prevención de los trastornos mentales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet]. 2014 [acceso 17 Diciembre 2015] 89: 67-77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000100005&script=sci_arttext
4. OMS. Organización Mundial de la Salud. [sede Web]. 2012 [última actualización Octubre de 2014/ acceso 17 Diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
5. Bhugra, D. The global prevalence of schizophrenia. PLoS Medicine. [revista en Internet] 2005 [acceso 17 de Diciembre 2015] 2 (5): 372-373. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1140960/>
6. Serrano Parra MD, Megías-Lizancos F. 2ªEd: Colección Enfermería S21 Enfermería en psiquiatría y salud mental [libro en Internet]. Editorial DAE; 2009 [acceso 19 Diciembre 2015] ; 2:142.
7. Saiz-Ruiz J, Saiz-González MD, Alegría A, Mena E, Luque J, Bobes J. Impacto del Consenso Español sobre la Salud Física del Paciente con

- Esquizofrenia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [revista en Internet]. 2010 [acceso 20 Diciembre 2015]; 3 (4): 119-127. Disponible en: http://www.unioviado.net/psiquiatria/publicaciones/documentos/2010/2010_Saiz_Impacto.pdf
8. García-Bóveda RJ, Morejón AJV. Esquizofrenia y género. Apuntes de Psicología [revista de Internet] 2012 [acceso 21 de Diciembre 2015]. 30(1-3): 419-434. Disponible en: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/423/343>
 9. Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. Rev Psiquiatría Fac Med Barna [revista en Internet] 2003 [acceso 12 de Enero 2015], 30(5): 276-87. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13402/diferencias_de_genero_en_esquizofrenia.pdf
 10. Gómez Alaya, A.E. Esquizofrenia manejo farmacológico. Offarm [revista en Internet]. Junio 2007 [acceso 15 de Enero 2015]; 26 (6): 86-94. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13107675&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=12&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v20n06a13107675pdf001.pdf
 11. Tizón J, Ferrando J, Artigue J, Parra J, Parés B, Gomà A. et al. Psicosis y diferencias sociales: Comparando la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet]. 2010; [acceso 22 de Diciembre 2015] 30 (2): 193-218. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n2/02.pdf>
 12. Allende Martínez MP, Almendras Jaramillo ME. Marcadores de riesgo de la esquizofrenia. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio [revista en Internet]. Enero-Junio 2006; [acceso 12 de Enero 2015] 7 (1): 55-58. Disponible en:

- <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/6%20MARCADORES%20DE%20RIESGO%20DE%20LA%20ESQUIZOFRENIA.pdf>
13. NIMH. National Institute of Mental Health [sede Web]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/index.shtml>
 14. Díaz Marsá, M. Guía para pacientes y familiares: Afrontando la esquizofrenia [monografía en Internet]. Enfoque Editorial S.C.; 2013 [acceso 26 de Enero 2015]. Disponible en: <https://www.esquizofrenia24x7.com/sites/stage-esquizofrenia24x7-com.emea.cl.datapipe.net/files/pdf/GUIAESQUIZOFRENIA.pdf>
 15. BCSS. Sociedad de Esquizofrenia de British Columbia [sede Web] Canadá; 2003 [acceso 28 de Enero 2015]. Disponible en: <http://www.bcss.org/documents/pdf/multilingual/FactSheetSpan.pdf>
 16. Barrera A. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría [revista en Internet]. 2006 [acceso 28 de Enero 2015]; 44 (3): 215-221. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v44n3/art07.pdf>
 17. Medline Plus. [base de datos en Internet] [actualizado 3 de Octubre 2014/ acceso 28 de Enero 2015]. Disponible en: file:///F:/TFG%20Esquizofrenia/Art%EDculos%20Bibliograf%EDa/14%20Esquizofrenia_%20MedlinePlus%20enciclopedia%20m%E9dica.html
 18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009 [acceso 2 de Febrero 2015]. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2 http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf

19. Medrano J. DSM-5, un año después. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet]. 2014 [acceso 7 de Febrero 2015]; 34 (124): 655-662. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n124/editorial.pdf>
20. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [libro en Internet]. Arlington, VA, 2013 [acceso 7 de Febrero 2015]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=1pmvBAAQBAJ&pg=PT4&dq=Asociaci%C3%B3n+Americana+de+Psiquiatr%C3%ADa.+Gu%C3%ADa+de+consulta+de+los+criterios+diagn%C3%B3sticos+del+DSM-5&hl=es&sa=X&ei=txV0VZiyBsHcUsusgHg&ved=0CCQQuwUwAA#v=onepage&q=Asociaci%C3%B3n%20Americana%20de%20Psiquiatr%C3%ADa.%20Gu%C3%ADa%20de%20consulta%20de%20los%20criterios%20diagn%C3%B3sticos%20del%20DSM-5&f=false>
21. Campero-Encinas D, Campos-Lagrava H, Campero Encinas M. Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. Rev Cient Cienc Méd [revista en Internet] 2009 [acceso 10 de Febrero 2015] 12 (2): 32-37. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v12n2/v12n2_a11.pdf
22. Bustamante, G. G. Esquizofrenia: Evaluación de síntomas y signos para su evaluación precoz [monografía en Internet]. 2009 [acceso 10 de Febrero 2015] <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final025.pdf>
23. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental [Internet]. Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/166090-guia_esquizofrenia.pdf
24. Tajima K, Fernández H, López-Ibor J.J, Carrasco J.L, Díaz-Marsá, M. Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. Actas Esp Psiquiatr [revista en Internet]. 2009 [acceso 11 de Febrero 2015]; 37 (6):

- 330-342. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=47605715&lang=es&site=ehost-live>
25. Ceruelo Bermejo J, García Rodicio S. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. FMC [revista en Internet] 2007[acceso 11 de Febrero 2015]; 14 (10): 637-647. Disponible en:
<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/45/45v14n10a13113800pdf001.pdf>
26. Gómez-Ayala, A.E. Farmacoterapia de la esquizofrenia: antipsicóticos convencionales y atípicos (I). Offarm [revista en Internet]. Junio 2007 [acceso 11 de Febrero 2015] 20 (9): 73-78. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/ct-revista-offarm-4-articulo-esquizofrenia-13107675>
27. González-Pardo, H. Efectividad de los modernos fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: ¿avance terapéutico o más de lo mismo? RedALyC [revista en Internet]. Mayo-Agosto, 2007 [acceso 11 de Febrero 2015]. 28 (2): 111-116. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828208>
28. Sáez de Adana García de Acilua E, Canoa A.I, Eizaguirre García A, López Zurbanoa S, Francos Ajonaa A, Gaviña Arenaza J. et al. Efectos adversos de antipsicóticos atípicos, diferencias según sexo. Revista de Psiquiatría Biológica [revista en Internet]. 2014 [acceso 12 de Febrero 2015]. 21 (3): 95-101. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-efectos-adversos-antipsicoticos-atipicos-diferencias-90360544>
29. Ortiz Lobo A, De la Mata Ruiz I. Nuevos antipsicóticos. Inf Ter Sist Nac Salud [revista en Internet]. 2001 [acceso 12 de Febrero 2015] ; 25 (1): 1-8. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/ca/biblioPublic/publicaciones/docs/20001-01.pdf>

30. García I, Granada J.M, Leal M.I, Sales R, Lluch M.T, Fornés J. et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr.* [revista en Internet] 2010 [acceso 13 de Febrero 2015] 38 (1): 1-45. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3294349>
31. González J, Cuixart I, Manteca H. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Revista Enf Global.* [revista en Internet] 2005 [acceso 13 de Febrero 2015]. 4 (2): 1-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/view/475>
32. Murillo Pinto, M. Terapia electroconvulsiva en esquizofrenia resistente a tratamiento farmacológico. [Internet] 2012 [acceso 20 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10336/2791>
33. Apiquian Guitart R, Aviña Cervantes C, Colín Piana R, Díaz Anzaldúa A, Corona Hernández F, González Valadez S. et al. Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia. [Internet]. Jassen-Cilag. [acceso 25 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.psiquiatriasapm.org.mx/PDF/GuiaClinicaEsquizofrenia.pdf>
34. Vallina F. O, Lemos Giráldez S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema* [revista en Internet]. 2001 [acceso 24 de Febrero de 2015] 13 (3): 345-364. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/459.pdf>
35. Muñoz Molina F.J, Ruiz Cala S.L. Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [revista en Internet] 2007 [acceso 24 de Febrero 2015]. 36 (1): 98-110. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n1/v36n1a08.pdf>
36. Valencia C.M, Rascón G M.L, Quiroga H. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental* [revista en Internet] 2003 [acceso 25 de Febrero 2015] 26 (5): 1-18. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam035a.pdf>

37. Bleda García F, Granero Lázaro A, Balaguer Solé Y, Arias Núñez E. Intervención de enfermería en la rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico. Metas de enfermería [revista en Internet] 2005 [acceso 25 de Febrero] 8 (3): 28-32. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1128031>
38. Mata I, Beperet M, Madoz V. Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [revista en Internet] 2000 [acceso 30 de Marzo 2015] 23: 29-36. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6412/5118>
39. Ruiz-Iriondo M, Salaberria K, Echeburúa E. Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. Actas Esp Psiquiatr [revista en Internet]. 2013 [acceso 28 de Marzo 2015]. 41(1): 52-59. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11399287&AN=87688097&h=9amVljBW1SpE66bPh4DJi4BmSbWbb67Ull4iPkHrDJHY7+Duvafxct1Bx0PUjnzTyGFwfRXqQLXS473uXIC4w==&crl=c>
40. Palma Sevillano C, Farriols Hernando N, Cebrià Andreu J, Segura Bernal J. Las intervenciones motivacionales en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia. Papeles del Psicólogo [revista en Internet] 2007 [acceso 2 de Marzo de 2015]. 28 (2): 127-135. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828210>
41. Ibacache L, Minoletti A, Flores L, Acuña E, Amirá A, Arancibia C. et al. Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia. Ministerio de Salud. [Internet] 2000 [acceso 2 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e42e52709a1a53e04001011f010ab3.pdf>

42. Mingote Adán J.C, Del Pino Cuadrado P, Huidobro A, Gutiérrez García D, De Miguel Peciña I, Gálvez Herrer M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Med Segur Trab [revista en Internet]. 2007 [acceso 3 de Marzo de 2015]; 53 (208). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n208/original4.pdf>
43. Rojas Rodríguez M.S. Atención de enfermería a pacientes con afecciones psiquiátricas [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007 [acceso 8 de Marzo de 2015]; p53. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/AtencionEnfermeria.pdf
44. Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. SEP [Internet] 1998 [acceso 10 de Marzo 2015]. Disponible en: [http://www.fundacion-salto.org/documentos/Tratamiento%20de%20la%20esquizofrenia%20\(SEP\).pdf](http://www.fundacion-salto.org/documentos/Tratamiento%20de%20la%20esquizofrenia%20(SEP).pdf)
45. Pinilla, M. Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo [revista en Internet]. 2007 [acceso 13 de Febrero 2015]. 9 (1): 37-49. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1585/1009>
46. Roca Bennasar M, Cañas F, Olivares JM, Giner J, Rodríguez Paramás A. Adherencia al Tratamiento en la Esquizofrenia: Consenso Clínico Español. Actas Esp Psiquiatr [revista en Internet]. 2007 [acceso 28 de Marzo 2015]. 35(1): 1-6. Disponible en: file:///F:/Estudios/Adherencia%20al%20Tratamiento%20en%20la%20Esquizofrenia_%20Consenso%20Cl%EDnico%20Espa%F1ol%20%5BActas%20Esp%20Psiquiatr.2007%5D-Medes.html
47. Galván Sánchez, ME. Papel de la enfermería en la adherencia terapéutica de pacientes con esquizofrenia [Internet]. Editor: UVA.

- Facultad de Enfermería: 2014. [acceso 28 de Marzo 2015]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5177>
48. Garcelan, S. P. La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Informació Psicológica* [revista en Internet] 2003 [acceso 28 de Marzo 2015] (83):37-46. Disponible en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/365/314>
49. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. [monografía en Internet] Colombia: 2014 [acceso 27 de Marzo 2015]. (29). Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Documents/Esquizofrenia/GPC%20Esquizofrenia%20Profesionales.%20%283%29.pdf>
50. Echeburúa, E, de Corral Gargallo P, Salaberría, K. Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de psicopatología y psicología clínica* [revista en Internet] 2010 [acceso 29 de Marzo 2015] 15 (2): 85-99. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4088/394252>
51. Farriols N, Palma C, Ramos M, Fernández M, Chamorro A, Polo Y. et al. Efectividad de un programa de intervención psicosocial en pacientes psicóticos crónicos. *Clínica y Salud* [revista en Internet] 2006 [acceso 29 de Marzo 2015] 17 (2): 171-185. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742006000200003&script=sci_arttext
52. Zapata Ospina JP, Rangel Martínez-Villalba AM, García Valencia, J. Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [revista en Internet]. 2015 [acceso 10 de Mayo 2015]. Disponible en: <file:///F:/Estudios/Psicoeducaci%F3n%20en%20esquizofrenia.html>
53. Ferreres V, Pena-Garijo J, Ballester Gil de Pareja M, Edo S, Sanjurjo I, Ysern, L. ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado?:

- Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet] 2012 [acceso 30 de Marzo 2015] 32 (114): 271-286. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352012000200005&script=sci_arttext
54. Valencia Collados M, Ortega Soto HA, Rascón Gasca M L, Gómez Caudillo L. Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr [revista en Internet] 2002 [acceso 30 de Marzo 2015] 30 (6): 358-369. Disponible en: <https://medes.com/publication/722156>.
55. Aparicio Delgado, A. M. Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizán [Internet] Enero-Febrero del 2010. [acceso 23 de Marzo 2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/476/1/aparicio_da.pdf
56. Montaña L, Nieto T. Esquizofrenia Y Tratamientos Psicológicos: Una Revisión Teórica. Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica [revista en Internet]. 2013 [acceso 4 de Marzo 2015]. 57 (1): 86-107. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-EsquizofreniaYTratamientosPsicologicos-4815165.pdf>
57. García Cabeza, I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet] 2008 [acceso 30 de Marzo 2015] 28 (1): 9-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000100002&script=sci_arttext
58. Mayoral F, Berrozpe A, de la Higuera J, Martínez Jambrina JJ, de Dios Luna J, Torres-González F. Eficacia de un programa de intervención familiar para la prevención de la hospitalización en pacientes con esquizofrenia. Un estudio multicéntrico controlado y naturalista estudio

aleatorizado en España. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [revista en Internet]. 2015 [acceso 10 de Mayo 2015]. 8 (2): 83-91. Disponible en:

file:///F:/Estudios/Eficacia%20de%20programa%20de%20la%20ONU%20de%20intervention%20familiarizados%20en%20la%20prevention%20de%20Hospitalizaci%F3n%20en%20Pacientes%20esquizofr%E9nicos.%20Un%20estudio%20multicentrico,%20Controlado%20y%20aleatorizado%20en%20Espa%F1a.html

59. García Cabeza I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet] 2008 [acceso 30 de Marzo 2015] 28 (1): 9-25. Disponible en. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000100002&script=sci_arttext